



State of California—Health and Human Services Agency
Department of Health Services



ARNOLD SCHWARZENEGGER
Governor

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA Y DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD
Programas de Detección del cáncer: Cada Mujer Cuenta

El Departamento de Servicios Sanitarios (Department of Health Services) paga para que realicen algunas pruebas de detección del cáncer de pecho o cáncer cervical a las pacientes que no puedan pagar esos servicios. La mayoría de las pacientes **NO** tienen cáncer. En el caso poco probable de que lo tengan, la detección precoz del cáncer puede salvar su vida. **El hecho de firmar esta forma significa que quiere participar en los Programas de Detección del Cáncer: Cada Mujer Cuenta.** El año próximo, su proveedor de asistencia médica primaria se volverá a poner en contacto con usted para efectuar un examen de diagnóstico precoz del cáncer. Cada año deberá firmar un consentimiento para participar en el programa. Usted puede dejar de participar en el programa en cualquier momento.

Para tomar parte en el programa, usted **tiene** que dar su nombre, dirección, fecha de nacimiento, ingresos y parte de su historial sanitario. Tiene que proporcionar esta información o no podrá participar en el programa. Le pedirán otra información, como su número de seguro social (si lo tuviera), pero no tiene que darla para un examen de diagnóstico precoz. El programa está autorizado a reunir y mantener la información proporcionada por usted para solicitar su participación en este programa de acuerdo con el Código de Ingresos e Impuestos de California (California Revenue and Taxation Code), Sección 30461.6, 42 Código 1501 de Estados Unidos, y 45 Códigos de Reglamentos Federales 160—164. Toda la información estará protegida como se describe en el Aviso de la Sección de Detección del Cáncer de las Prácticas de Privacidad, que le dan con este consentimiento. Su proveedor de asistencia médica primaria le dará los resultados del examen de diagnóstico precoz y mantendrá su historial médico en un archivo, y también enviará los datos médicos a la Sección de Detección del Cáncer para usarse en los pagos, operaciones de cuidados médicos, investigación y, en algunos casos, para coordinación del tratamiento. La información puede ser compartida con otros programas del Departamento de Servicios Médicos y otros organismos del gobierno. Su proveedor médico también puede compartir su información personal con otros profesionales médicos para ayudarle a recibir los servicios recomendados. La información se puede divulgar cuando lo requiera la ley, como en los casos de indemnizaciones por accidentes laborales. Usted tiene derecho a examinar u obtener una copia de su historial médico que mantiene la Sección de Detección del Cáncer en lo que se refiera a sus cuidados médicos, según se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad.

Su nombre no se usará en ningún informe que sea público. Su nombre, fecha de nacimiento, dirección y número de seguro social puede ser compartido con otros proveedores participantes en el programa con el fin de evitar la duplicidad en la inscripción. Usted recibirá una copia de este consentimiento para que la guarde. Si tiene alguna duda, hable con su proveedor de asistencia médica primaria.

Yo, _____ (escriba su nombre en letra de imprenta) testifico que he recibido una información correcta y completa y estoy de acuerdo en tomar parte en el programa de examen y detección del cáncer de pecho o cervical del Departamento de Servicios Sanitarios de California. También estoy de acuerdo en permitir que mis datos médicos y personales puedan usarse como se expresa más arriba. Entiendo que al firmar esta forma, estoy de acuerdo en tomar parte en el programa durante un año y, para tomar parte en el programa el año próximo, deberé firmar un nuevo consentimiento para participar.

 _____
Firma _____
Fecha

He recibido una copia del Aviso de la Sección de Detección del Cáncer sobre Prácticas de Privacidad.

 _____
Firma _____
Fecha

COMPLETAR SOLAMENTE SI SE NECESITA UN TESTIGO: He leído la información de esta forma a la paciente cuyo nombre aparece más arriba. He llegado a la conclusión, a mi leal saber y entender, que la paciente comprende la información, está dispuesta a participar en el programa y está de acuerdo con los términos de este consentimiento.

 _____
Firma _____
Fecha

Cancer Detection Section, MS 7203, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413
(916) 449-5300

Dirección de Internet: www.dhs.ca.gov/cancerdetection



State of California—Health and Human Services Agency
Department of Health Services



ARNOLD SCHWARZENEGGER
Governor

MENSAJE DE LA SECCIÓN DE DETECCIÓN DEL CÁNCER

AVISO DE LAS NORMAS DE RIVACIDAD

Vigente a partir del 14 de abril de 2003

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DISTRIBUIRSE SU INFORMACIÓN MÉDICA, Y CÓMO PUEDE OBTENER USTED UNA COPIA. POR FAVOR, REVISE DETALLADAMENTE ESTA INFORMACIÓN.

Usted está recibiendo este Aviso porque uno de los programas de Detección del Cáncer está pagando para ofrecerle un servicio médico. El hecho de recibir este Aviso no significa que le hayan diagnosticado un cáncer

La Sección de detección del cáncer, que incluye programas de detección del cáncer como Every Woman Counts (Todas las mujeres cuentan), IMPACT (Mejorar el acceso, la orientación y el tratamiento de californianos con cáncer de próstata), debe mantener confidencial la información sobre su asistencia médica. Nosotros recibimos información sobre usted cuando usted solicita servicios, y cuando los médicos, las clínicas y otros lugares nos presentan factura por la asistencia que usted recibe. También recibimos información médica sobre su tratamiento cuando aprobamos los servicios que usted recibe. Tenemos la obligación de darle a usted este Aviso legal sobre cómo se puede utilizar y distribuir la información acerca de su salud, y sobre cuáles son sus derechos.

CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y COMPARTIR LA INFORMACIÓN SOBRE USTED

La Sección de detección del cáncer utiliza y distribuye la información referente a usted al ocuparse de los programas que supervisa. Se trata de información personal, como por ejemplo, su nombre, su dirección, datos personales, el historial médico y el tratamiento médico que usted haya recibido.

Utilizamos esta información y la compartimos con otras personas en los casos siguientes:

- **Para tratamiento:** El médico nos informa sobre los servicios médicos que se le han dado a usted, los resultados de esos servicios y cualquier otra asistencia médica que usted pueda necesitar. Nosotros facilitamos esa información con los médicos, los hospitales y otros servicios, para proporcionarle la asistencia que usted necesita
- **Para hacer pagos:** La Sección de detección del cáncer y las personas que colaboran con el programa revisan, aprueban y pagan las facturas de asistencia médica que nos presentan por los servicios que usted recibe. En el proceso, la información se comunica a los médicos, las clínicas y otros lugares que nos envían factura por sus servicios.
- **Para operaciones de asistencia sanitaria:** La Sección de detección del cáncer puede utilizar su historial médico para comprobar la calidad de la asistencia médica que usted recibe. El programa también puede utilizar esta información en auditorías, en investigaciones por fraude, o en la planificación y el manejo del departamento.

OTRAS FORMAS DE COMPARTIR LA INFORMACIÓN PERSONAL

La ley también permite a la Sección de detección del cáncer utilizar o distribuir la información referente a usted por los siguientes motivos:

- Para informarle a usted por teléfono o por carta de los beneficios de los programas de la Sección de detección del cáncer.
- Por motivos de salud pública, como cuando informa sobre las enfermedades que se presentan.
- En casos administrativos y legales, como por ejemplo, cuando tiene que responder a una orden judicial.
- Para estudios de investigación que cumplan con los requisitos legales de privacidad, como por ejemplo, estudios de investigación sobre la prevención de la enfermedad.
- Cuando lo requiere la ley, como por ejemplo en los casos de compensación al trabajador.
- A agencias de asistencia sanitaria, para auditorías e investigaciones.
- En casos de apelación sobre reclamaciones de asistencia sanitaria.
- pagadas o denegadas por la Sección de detección del cáncer.
- Al gobierno federal, cuando quiere
- comprobar si el programa está cumpliendo con las leyes de privacidad.
- Para reunir información que ya no se puede relacionar con usted.
- A otras agencias de gobierno que conceden beneficios públicos, como por ejemplo, Medi-Cal.

El programa podría difundir información sobre su salud a organizaciones que ayudan a que el programa esté en funcionamiento, como por ejemplo, las organizaciones que ayudan a pagar facturas. En ese caso, el programa se asegura de que estas organizaciones respeten la privacidad de la información que reciben.

Algunas leyes estatales limitan la distribución de esta información. Por ejemplo, hay leyes especiales que protegen la difusión de información sobre VIH/SIDA, tratamiento de salud mental, discapacidades de desarrollo y asistencia por abuso de alcohol y drogas. El programa cumple con estas leyes.

CUANDO SE NECESITA AUTORIZACIÓN POR ESCRITO

Antes de utilizar su información por alguna otra razón que no aparezca en la lista anterior, la Sección de detección del cáncer, solicitará su autorización por escrito. Si usted da su permiso, lo puede retirar por escrito en cualquier momento.

¿CUÁLES SON SUS DERECHOS LEGALES DE PRIVACIDAD?

Usted tiene derecho:

- A pedir que no utilicemos o distribuyamos la información sobre su salud en los casos indicados anteriormente. Pero puede que no podamos respetar sus deseos.
- A pedir que sólo nos pongamos en contacto con usted por escrito, escribiendo a una dirección diferente, a un apartado de correos, o por teléfono. Aceptaremos cualquier solicitud razonable si es por razones de seguridad.
- A ver y obtener una copia de la información que la Sección de detección del cáncer tiene sobre usted, o pedir que otra persona vea y obtenga una copia de dicha información. La Sección de detección del cáncer tiene información sobre su elegibilidad, sus facturas médicas, y parte del historial médico que el programa utiliza para autorizar o manejar los servicios de atención médica que usted necesita. Es posible que tenga que pagar una cantidad por los gastos de copia y envío de los documentos. El departamento puede impedir que usted vea todos o algunos de los documentos, si la ley lo permite. En ese caso, le daríamos información sobre cómo apelar nuestra decisión.
- A cambiar los datos si cree que parte de la información que tenemos sobre usted es incorrecta. Podríamos negarnos a cumplir con su petición si la información no se crea en la Sección de detección del cáncer, si este departamento no es el que guarda esa información, o si la información está correcta y completa. Si se niega su petición, usted puede escribir una carta indicando que no está de acuerdo con nuestra decisión, y esa carta se guardará en su historial.

****** IMPORTANTE******

LA SECCIÓN DE DETECCIÓN DEL CÁNCER NO TIENE COPIA COMPLETA DE TODOS SUS DOCUMENTOS MÉDICOS. SI DESEA VER, OBTENER UNA COPIA O CAMBIAR SUS DOCUMENTOS MÉDICOS, POR FAVOR PÓNGASE EN CONTACTO CON SU MÉDICO, CLÍNICA O SEGURO MÉDICO.

- Usted tiene el derecho de pedir una lista de las veces en que hemos dado a conocer información sobre su salud médica, a partir del 14 de abril de 2003. La lista le dirá la información que hemos compartido, con quién, cuándo, y por qué motivo. La lista no incluirá las veces en las que le hemos dado la información a usted, si teníamos su permiso, o si dimos su información por gestiones de tratamiento, pago o atención médica.
- Usted tiene derecho a recibir copia escrita de este aviso de Prácticas de Privacidad cuando usted lo solicite. También puede encontrar este aviso legal en nuestra página de Web: <http://www.dhs.ca.gov/cancerdetection>

¿CÓMO PUEDE PONERSE EN CONTACTO CON NOSOTROS PARA EJERCER SUS DERECHOS?

Si quiere usar alguno de los derechos de privacidad explicados en este Aviso, haga el favor de escribirnos a la dirección, o llamarnos al teléfono, que aparecen en la cajita más abajo. Le enviaremos el formulario que necesite.

Privacy Officer
CA Department of Health Services
P.O. Box 942732
MS 4722
Sacramento, CA 94234-7320
(916) 255-5259 or (877) 735-2929 TTY/TDD

QUEJAS

Si cree que no hemos protegido su privacidad, puede presentar una queja llamando o escribiendo al **Privacy Officer**, CA Department of Health Services, al teléfono o la dirección indicados anteriormente. También puede llamar o escribir al Secretary of the Department of Health and Human Services, U.S. Office for Civil Rights, 50 United Nations Plaza, Room 322, San Francisco, CA 94102. Teléfono: (800) 368-1019. O puede llamar a U.S. Office for Civil Rights at 866-OCR-PRIV (866-627-7748) o (866) 788-4989 TTY/TDD.

SUS BENEFICIOS ESTÁN A SALVO

La Sección de detección del cáncer no puede negarle sus beneficios de asistencia médica, ni hacer nada que pueda perjudicarlo si presenta una queja o utilizar cualquiera de los derechos de privacidad presentados en este Aviso.

¿TIENE ALGUNA PREGUNTA?

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso, o si desea más información, póngase en contacto con el Privacy Officer, Department of Health Services, indicados en este aviso.

CAMBIOS AL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

La Sección de detección del cáncer debe obedecer las normas indicadas en este Aviso a partir del 14 de abril de 2003. Tenemos el derecho de cambiar nuestras normas de privacidad. Si hacemos algún cambio, volveremos a escribir este Aviso, y le daremos una copia a usted inmediatamente.

Para obtener una copia de este aviso en otros idiomas, en Braille, en letra grande, en audiocassette o en disquete de computadora, por favor llame o escriba al Privacy Officer, al número o la dirección indicados en este aviso.

如果你需要得到癌癥檢測處有關你個人隱私權利的資訊，請致電
(916) 255-5259。(Cantonese)

Cancer Detection Section(암 탐지과)에 적용되는 개인 정보 보호권에 관한
정보를 원하시면 (916) 255-5259로 전화 주십시오. (Korean)

要是您希望获取癌症检测处有关您个人隐私权利的资料，请致电(916) 255-5259。
(Mandarin)

Если Вы хотите получить информацию о Ваших правах на
неприкосновенность частной жизни, предусматриваемых Отделом по
выявлению раковых заболеваний (Cancer Detection Section), звоните по
телефону (916) 255-5259. (Russian)

Nếu quý vị muốn có thông tin về quyền riêng tư của mình theo Ban Dò Tìm Ung Thư,
xin gọi số (916) 255-5259. (Vietnamese)